1903

Über die Resultate

der

Entfernung maligner Ovarialtumoren.

Stanford University Library OCT 26 1904

(Nach dem Material der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Erlangen aus den Jahren 1887—1902.)

Inauguraldissertation

verfasst und

der hohen medizinischen Fakultät der kgl. bayr. Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt

von

Hermann Krebser, appr. Arzt

aus Kirchberg a. d. Jagst.

Tag der mündlichen Prüfung: 28. März 1903.

Stuttgart 1904.

Druck von C. A. Hammer.

12

Gedruckt mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät zu Erlangen.

Referent: Herr Prof. Dr. v. Strümpell.
Dekan: Herr Prof. Dr. v. Strümpell.

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153716_0120

Die Zeiten sind vorüber, wo man bei malignen Ovarialtumoren von jedem operativen Eingriff abriet und abstand; mit der ausserordentlichen Verbesserung der Operations-Resultate bei den Eierstocksgeschwülsten überhaupt haben sich auch die Indicationen zur Ausführung der Ovariotomie ausserordentlich verschoben.

Contraindicationen gegen dieselbe gibt es nur noch ganz vereinzelte; weder hohes Alter noch mangelnder Kräftezustand, weder Verwachsungen der Geschwulst mit den anliegenden Organen noch eine bestehende Peritonitis halten von der Operation ab: betreffs der gutartigen Tumoren ist es geradezu Gebot, in jedem Fall die Geschwulst durch die Operation zu entfernen. Nur eine Contraindication gegen die Ovariotomie ist stehen geblieben und diese ist in der Natur des Tumors begründet: contraindiciert ist diese Operation nur dann, wenn es sich um eine bösartige Geschwulst handelt, die nicht mehr rein exstirpierbar ist und die bereits zu Metastasenbildung auf Peritoneum, Darm, Netz, Leber etc. geführt hat; nur in Ausnahmefällen, wenn unerträgliche Beschwerden bestehen und wenn die Entfernung der Hauptgeschwülste auf keine Schwierigkeiten stösst, soll sie doch noch gerechtfertigt sein, so dass wenigstens Erleichterung der Beschwerden erhofft werden kann.

Natürlich ist die Entscheidung darüber, ob eine vorhandene Geschwulst als malign anzusehen ist oder nicht, eine wichtige; in den meisten Fällen ist die maligne Degeneration nicht diagnosticierbar und nur mit Hilfe des Mikroscops nach der Operation nachzuweisen.

Im allgemeinen ist der Charakter der malignen Ovarialtumoren der:

Schrankenloses und zerstörendes Vordringen, Metastasenbildung auf Blut- und Lymphbahn, Recidivieren; man kann ferner an maligne Degeneration von Tumoren denken, wenn lang bestehende Geschwülste plötzlich rasch wachsen, wenn Ascites, Hydrothorax, Oedeme sich einstellen, Abmagerung, Kräfteverfall, Kachexie eintritt. Auch doppelseitiges Vorhandensein von Ovarialgeschwülsten und schliesslich das Auftreten solider Geschwülste bei jugendlichen Individuen wird als verdächtig angesehen.

Die bösartigen Geschwülste der Eierstöcke zerfallen in die Gruppe der soliden und der cystisch degenerierten; zu den ersteren gehören die reinen Sarcome und die reinen Carcinome, das Fibrosarcom und das Teratom, zu den letzteren die carcinomatös und sarcomatös degenerierten Kystome und die Adenocarcinome. Alle diese Geschwulstarten sind als wirklich maligne anzusehen, da nach Olshausens Einteilung der Ovarialtumoren im Gegensatz zu der von Cohn die Papillome und die papillären Kystome nicht unter den Begriff malign zu rechnen sind — im klinischen Sinn übrigens mit Unrecht, da auch bei diesen eine Reihe Eigenschaften, welche sie als bedenklich erscheinen lassen, vorhanden ist.

Aber auch die neueren Untersuchungen von Professor Dr. Frommel, die in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Band XIX veröffentlicht sind, beweisen, dass diese Arten den papillären Flimmerepithelkystomen histogenetisch nahe verwandt sind, so dass sie dieser grossen Klasse mit mehr Recht eingerechnet werden, als den malignen Tumoren, obwohl sie durch Metastasenbildung auf dem parietalen und visceralen Blatt des Bauchfells mit folgendem Ascites eine ganz üble Prognose ergeben.

Einige Eigentümlichkeiten sind, bevor wir auf die einzelnen Formen der malignen Tumoren übergehen, kurz zu erwähnen, welche sich gegenüber dem Verhalten der papillären Kystome mehr oder minder regelmässig zeigen; diese sind erstlich die Doppelseitigkeit derselben, dann die mehr oder weniger regelmässige Form und schliesslich der fast stets vorhandene Ascites.

Über die reinen Sacrome ist zu sagen, dass diese vorwiegend als Rundzellensarcome vorkommen; sie entwickeln sich aus dem Bindegewebe des Ovariums und zwar entweder von dem perivasculären Bindegewebe oder von den Endothelien der Blut- und Lymphgefässe. Ihr Auftreten ist häufig doppelseitig und in jugendlichem Alter verhältnismässig häufig, sie sind sehr bösartig, insofern als sie leicht recidivieren und zu Metastasen führen. Die Sarcome gehören zu den selteneren malignen Ovarialtumoren: Kratzenstein fand unter 100 malignen Geschwülsten der Ovarien 10 Sarcome, Hofmeier sah unter 300 Ovarialgeschwülsten 9 Sarcome, Cohn unter 100 malignen Tumoren ebenfalls 10; Pfannenstiel berechnete den Prozentsatz der Sarcome unter 400 Ovariotomieen zu 5,5%.

Etwas häufiger als die Sarcome des Ovariums sind die echten Carcinome desselben, die in 2 Formen auftreten: einmal als diffuse Infiltration des Stromas, so dass der ganze Eierstock in Krebsmasse verwandelt ist; die andere Form geht von der Oberfläche des Ovariums als eine mit Cylinderepithel versehene Wucherung aus. Das Carcinom kommt meist beiderseits vor, ist vom Alter der betroffenen Individuen unabhängig und führt bald zu peritonitischen Metastasen.

Wie über die Gut- oder Bösartigkeit der papillären Kystome und der Papillome, sind auch über die Malignität der Fibrosarcome die Ansichten geteilt aus dem Grund, weil ein Recidivieren dieser Geschwulstart sehr selten beobachtet worden ist; da jedoch mikroskopisch in derselben ausgesprochene Spindel- und Rundzellen sich vorfinden und da diese soliden Geschwülste meist Ascites im Gefolge haben, werden sie in die Gruppe der bösartigen Geschwülste miteinbegriffen.

Über die Teratome ist bei den ganz wenig sicheren Fällen in der Literatur nur sehr wenig bekannt; genetisch zählt man sie zu den Dermoiden, jedoch müssen sie als eine maligne Neubildung von der übelsten Prognose betrachtet werden.

Die häufigste maligne Neubildung der Ovarien ist bedingt durch die carcinomatös degenerierten Kystome. Diese

Degeneration tritt unter den verschiedensten Formen auf: teils befinden sich Stellen in der Wandung der Kystome, die diffus degeneriert sind, in anderen Fällen haben wir knotige Protuberanzen oder einzelne kleine Cysten, die vollkommen mit krebsigen Massen ausgefüllt sind oder wir sehen schliesslich isolierte Tumoren innerhalb einer Geschwulst.

Nach diesem anatomischen Überblick über die malignen Ovarialgeschwülste wenden wir uns zu unserem eigentlichen Thema, das ich der Güte des verstorbenen Herrn Prof. Dr. Gessner-Erlangen verdanke: es soll eine kurze Zusammenstellung über die operativen Heilerfolge der in den Jahren 1887—1902 unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Frommel und nachher von Herrn Prof. Dr. Gessner in der Erlanger Universitäts-Frauenklinik zur Behandlung gekommenen malignen Ovarialtumoren sein.

Es soll mir an dieser Stelle gestattet sein, ehrend meines hochverehrten Lehrers zu gedenken! Für die gütige Übernahme des Referats spreche ich auch hier Herrn Prof. Dr. v. Strümpell meinen verbindlichsten Dank aus.

Die Bösartigkeit unter den Geschwülsten des Eierstocks ist ein viel häufigerer Befund, als man früher annahm und auch jetzt noch vielfach annimmt. Die traurigen Resultate der operativ angegriffenen bösartigen Ovarialtumoren in früheren Jahren haben lange Zeit zu keiner Statistik über die relative Heilbarkeit derselben Veranlassung gegeben. Der erste, der ein grösseres Material von 100 Fällen bösartiger Geschwülste der Eierstöcke — unter 600 Ovarialtumoren — zusammenstellte und vom klinischen Standpunkt betrachtete, war Cohn 1886, dessen Fälle aus der Berliner Universitäts-Frauenklinik sich über einen Zeitraum von 9 Jahren erstrecken. Sein Resultat war in 86 Fällen vollendete Operation, in 14 Fällen musste man von der totalen Entfernung absehen. 20% seiner Fälle starben infolge der Operation, 15% im Lauf der nächsten Monate an Recidiv, 20% wurden geheilt. Nach Cohn sind also 17% der Ovarialtumoren maligner Natur.

Freund findet unter Anwendung des Materials der

Strassburger Frauenklinik unter 166 operierten Fällen 26 bösartige = 21,6%.

Nach einer von Kratzenstein, ebenfalls aus dem Material der Berliner Frauenklinik zusammengestellten Arbeit, ist jede 5.—6. Geschwulst am Eierstock bösartig.

Hofmeier sah unter 300 Ovarialgeschwülsten 54=18 % maligne.

Nach dem Krankenmaterial der Würzburger Frauenklinik aus den Jahren 1889—96, das von Fr. Geyer in einer 1897 erschienenen Inauguraldissertation zusammengestellt ist, ergibt sich betreffs der Häufigkeit der malignen Ovarialtumoren folgender Anhalt: in den genannten Jahren kamen im ganzen 239 Fälle von Ovarialtumoren in Behandlung, 55 von diesen, also 23% der Fälle, waren maligne.

Ich gebe zunächst eine Zusammenstellung der in den Jahren 1887—1902 stattgefundenen Operationen der Ovarien überhaupt. In diesen Jahren kamen im ganzen 424 Ovarialtumoren in Behandlung; unter diesen waren 90 maligner Natur: es ergibt sich also für die malignen Ovarialtumoren ein Prozentsatz von 21,4%. Von diesen 90 bösartigen Geschwülsten konnte bei 43, also bei knapp der Hälfte, die Operation vollständig beendet werden; zur Probelaparotomie kamen 28 Fälle = rund 30% und als inoperabel mussten, teilweise nach Punktion des Abdomens, 19 = rund 20% entlassen werden. In diesen folgenden Blättern haben natürlich nur diejenigen Fälle Berücksichtigung gefunden, in denen die Exstirpation der Tumoren vollständig möglich war.

Was zunächst die primären Resultate betrifft, so starben von den 43 Patientinnen infolge des operativen Eingriffs 7 = 16,3% und zwar

1 an Infektion (Fall 16, ein Kystoma dermoides mit carcinomatöser Degeneration; Todesursache: Peritonitis);

3 an Metastasen (Fall 13, ein doppelseitiges malignes Ovarialkystom; Ursache: krebsige Peritonitis, Krebsmetastasen der Leber, des Coecums, der mesenterialen und retroperitonealen Lymphdrüsen;

Fall 24, ein linksseitiges Ovarialcarcinom; Ursache: carcinomatöse Lymphdrüsen, Carcinom-Wucherung auf dem Iliopsoas; Fall 7 ein Sarcoma ovarii dextri; Ursache: grosser Tumor an der Wirbelsäule, sarcomatöse Lymphdrüsen);

2 an intercurrenten Krankheiten (Fall 8, Kystoma ovarii dextri carcinomatosum an Pneumonie, und Fall 18, carcinomatös entartetes Ovarialkystom ebenfalls an Pneumonie);

1 an Shok (Fall 1, doppelseitiges Ovarialcarcinom).

Nach Art der Tumoren zusammengestellt sind infolge der Operation gestorben:

1 reines Sarcom,
2 reine Carcinome und
4 carcinomatös degenerierte Kystome.

Dieses an sich günstige Ergebnis im Vergleich zu den von Leopold — 20% —, Cohn — 20% —, Kratzenstein — 28% —, Geyer — 18%, u. a. angegebenen Ziffern der direkt infolge der Operationen Gestorbenen mit 16% Todesfällen ist wohl mit Recht auf die immer grösseren Fortschritte der Technik der Ovariotomie, sowie auf die aseptischen und antiseptischen, nunmehr nahezu vollendeten Vorsichtsmassregeln zurückzuführen.

Abzüglich dieser 7 Todesfälle bleiben für den Erfolg 36 Fälle übrig und zwar

1 Teratom,
4 Fibrosarcome,
8 Sarcome,
10 Carcinome und
13 carcinomatös oder sarcomatös degenerierte Kystome.

Hievon wurden trotz vollendeter und gelungener Operation 3 Fälle als ungeheilt entlassen. Es sind dies folgende:

Fall 30, carcinomatös entartetes Ovarialkystom, bei dem sich nach der Operation auf dem Peritoneum maligne Knötchen zeigten und die in die Magengegend geführte Hand ein Magencarcinom feststellen konnte.

Fall 34, Sarcoma ovariorum, bei dem das Netz derart mit Metastasen durchsetzt war, dass trotz glatter Abtragung

der beiden sarcomatösen Ovarialtumoren an keine Heilung zu denken war.

Fall 41, Carcinoma ovariorum, bei dem nach Exstirpation der Tumoren zwischen Blase und Uterus carcinomatöse Wucherungen und hinter dem Uterus knollige, unverschiebliche, harte Geschwulstmetastasen waren.

Eine Besserung und Erleichterung ihres Zustandes erfuhren durch die Operation 10 Kranke:

Fall 3, Carcinoma ovariorum; trotz völlig gelungener Operation und obwohl nirgends Metastasen sichtbar, nur langsame Erholung der Patientin, die in gebessertem Zustand entlassen wird; eingegangenen Nachrichten zufolge starb sie nach 5 Monaten an Carcinoma ventriculi.

Fall 10, Kystoma papillare ovariorum carcinomatosum; nach Vollendung der Operation zeigte sich auf der l. Seite des Colon ein etwa hühnereigrosser Carcinomknoten, der nicht entfernt werden kann. Die mit gutem Wohlbefinden entlassene Patientin starb 6 Monate post operationem.

Fall 12, Carcinoma ovarii, dessen Entfernung zu keiner Heilung führen kann, so dass bei der Entlassung der Operierten nur Besserung konstatiert werden kann.

Fall 23, Carcinoma ovarii dextri; bei der Operation reissen verschiedene Stücke los, es kommt wahrscheinlich infolge dieser zurückgebliebenen Teile zu Fieber, leichten peritonitischen Erscheinungen und schliesslich zu einem Exsudat. Erfolg der Operation: Aufhebung der Beschwerden, Besserung des Leidens.

Fall 26, Kystoma ovarii dextri carcinomatosum; da sich auf dem Peritoneum der vord. Bauchwand, sowie am visceralen Blatt des Beckens kleine, derbe Knötchen, also Metastasen finden, ist Heilung ausgeschlossen.

Fall 27, Carcinoma ovariorum, von welchem nach 5 Monaten Metastasen nachweisbar sind.

Fall 29, Kystoma ovarii sin. mit carcinomatöser Degeneration, nach dessen Entfernung in der Tiefe des Douglas harte, derbe Knötchen bemerkt werden, welche als carcinomatöse Knoten bezeichnet werden.

Fall 32, Kystoma ovarii dextri mit carcinomatöser Degeneration, das bereits auf dem parietalen Peritoneum und auf der Darmserosa zu zahlreicher Knötchenbildung geführt hat.

Fall 33, Kystoma ovarii dupplex carcinomatosum mit demselben Befund wie der vorhergehende Fall.

Fall 39, Fibrosarcoma ovarii dupplex, nach deren Entfernung auf dem Peritoneum des Douglas wenige hirsekorngrosse Knötchen sich zeigen, die wahrscheinlich malign sind. Pat. starb 2 Monate nach ihrer Entlassung an Nasenbluten.

So bleiben also für die Heilung 23 Fälle übrig, bei denen weder bei der Operation noch bei ihrer Entlassung etwas Verdächtiges konstatiert werden konnte und welche, soweit möglich, so Fall 4 einen Zeitraum von 5 Jahre lang, in Berührung mit der Klinik standen. Es sind dies nach Art der Tumoren zusammengestellt:

1 Teratom,
3 Fibrosarcome,
4 reine Carcinome,
7 reine Sarcome und
8 carcinomatös oder sarcomatös degenerierte Kystome.

Es beträgt somit der Gesamtprozentsatz der Heilungen nach unseren Aufzeichnungen 53%; die besten Aussichten auf Heilerfolg geben die Fibrosarcome, dann die carcinomatös degenerierten papillären Kystome, die schlechteste Prognose ergeben die reinen Carcinome.

Diese äusserst günstig zu bezeichnenden Heilungsresultate rühren aber grossenteils daher, dass in manchen Fällen Nachrichten über das spätere Befinden der Kranken fehlen; zwar pflegt das Nichtwiederkommen für Wohlbefinden der Kranken zu sprechen, doch ist die Scheu vor einer nochmaligen Operation und die Sitte des Publikums, bei Wiederkehr desselben Leidens verschiedene ärztliche Hilfe zu suchen, zur Genüge bekannt.

Zur besseren Übersicht stelle ich kurz noch einmal die einzelnen Faktoren zusammen, wie sie unsere Statistik zeigt.

Von den 43 Fällen, bei denen die Operation vollendet werden konnte, sind

gestorben 7 = 16,3%,
ungeheilt entlassen 3 = 7 %,
gebessert entlassen 10 = 23,3%,
geheilt entlassen 23 = 53,5%.

Wenn ich vergleichend die Resultate der schon oben angegebenen Arbeiten erwähnen darf, so ergibt die Arbeit Cohn's vom Jahre 1886:

Tod infolge der Operation in 20%,
in kurzer Zeit an einem Recidiv gestorben 15%,
definitiv geheilt . . . . . 20%.

Leopold gibt ähnliche Resultate an:

In der Klinik gestorben 20%,
an Recidiv gestorben 45%,
geheilt entlassen . . . . . 20%.

Kratzenstein's Arbeit vom Jahr 1897 verzeichnet:

Todesfälle direkt nach Operation . . . 28%,
an Recidiv gestorben 34%,
als dauernd geheilt . . . . . 36%.

Geyer's Dissertation schliesst mit folgendem Ergebnis ab:

Todesfälle 18%,
Heilungen . . . . . 49%.

Diese von Jahr zu Jahr besser werdenden Resultate tragen viel zur Besserung der Prognose maligner Ovarialtumoren bei und die mitgeteilten z. T. überraschend günstigen Heilungsvorgänge rechtfertigen ohne Frage die Erweiterung der Indication zur Ovariotomie auch auf mehr verbreitete maligne Fälle und lassen auch in ungünstig liegenden Fällen einen Versuch der Exstirpation wagen, um das Leben der Patientinnen, sei es auch nur für wenige Monate, zu einem erträglichen zu machen; denn es ist ein auffallender Umstand, der seiner Erklärung noch bedarf, dass Personen, bei denen maligne Ovarialtumoren entfernt wurden, ohne dass die bestehenden Metastasen angegriffen werden konnten, noch lange Zeit ohne besondere Beschwerden weiter leben können und

dann ziemlich rasch einer Verschlimmerung ihres Leidens unterliegen.

Für die Behandlung resultiert aus der Häufigkeit der malignen Tumoren und aus der Geneigtheit jedes Kystoms, secundär malign zu degenerieren, einmal sofort nach Erkennen der Geschwulst ohne Aufschub zu operieren und zweitens die Geschwulst unverkleinert zu entfernen oder, wo dies nicht möglich, die Verunreinigung der Bauchhöhle mit Tumorteilen zu vermeiden, da der Erguss der malignen Massen in dieselbe immerhin zu Metastasenbildung führen kann.

Die nun folgenden Krankengeschichten sind selbstverständlich so kurz als möglich gehalten.

Jahr 1887. In diesem Jahr kamen im Ganzen 18 Fälle von Ovarialtumoren in klinische Behandlung, 2 davon waren maligner Natur und unter diesen konnte einer operiert werden.

	Dietzfelbinger, Marie; 52 J.	Carc. ovarii et peritonei.	Probelap.	† 5 Tage p. o.
1.	Mayer, Christ.; 41 J.	Carcinoma ovariorum	Ovariotomie	† 1 Tag p. o.

Fall 1. Mayer, Christine, 41 J.; VIII p.

Anamnese: Seit 1 Jahr heftige Kreuzschmerzen und Schmerzen in beiden Seiten.

Status: Beiderseits neben dem uterus ein beweglicher, höckeriger, etwa kindskopfgrosser Tumor.

Operation: Beide Tumoren, die entarteten Ovarien, werden, da keine Metastasen zu sehen sind, abgebunden und entfernt.

Tumor: Carcinoma ovariorum.

Verlauf: Am Tag p. o. plötzlicher Collaps, ohne weitere Ursache exitus.

Im **Jahre 1888** kamen 22 Kranke mit Ovarialtumoren in Behandlung, von welchen 6 maligner Natur waren und 2 zur vollständigen Operation kamen.

2.	Betz, Kath.; 65 J.	Cystosarc. ov. sin. Ascites	Ovariotomie	Geheilt.
	Stengel, Barb.; 42 J.	Carc. ovariorum et peritonei	Probelaparot.	Ungeheilt.
	Schuster, Elis.; 49 J.	Carc. ovariorum	Punktion	Ungeheilt.
3.	Voit, Kath.; 43 J.	Carc. ovariorum	Ovariotomie	Gebessert.
	Münch, Therese; 45 J.	Carc. ovariorum	Punktion	Ungeh.
	Müller, Kath.; 36 J.	Carc. ovariorum	Punktion	Ungeh.

Fall 2. Betz, Kath.; 65 J. II p.

Anamnese: Patientin wird durch einen vollständigen Vorfall der Gebärmutter sehr belästigt; ausserdem bestehen Leibschmerzen und aufgetriebener Leib.

Status: Abdomen von einem ziemlich festen, bis zur Nabelgegend reichenden Tumor ausgefüllt; in den tiefen Partien Ascites. Prolaps. Per rectum ist festzustellen, dass der Tumor dem l. Ovarium angehört.

Operation: Nach Eröffnung der Bauchhöhle fliesst Ascites ab; der dem l. Ovarium angehörige Tumor ist ziemlich frei und ragt weit ins Becken hinein. Nach Lösung von einigen Verwachsungen wird der Stiel unterbunden und durchtrennt. Ventrofixatio uteri.

Befund am Tumor: Cystosarcoma ovarii.

Verlauf: Patientin, die ohne alle Beschwerden, wird als geheilt entlassen. Uterus in Anteflexionsstellung.

Fall 3; Voith, Katharine; 43 J. VI p.

Anamnese: Seit 8 Wochen Klagen über drückende Schmerzen im Leib, in der Höhe des Nabels; Leib selbst wird allmählich dicker. Es besteht Empfindlichkeit des Abdomens, vollständige Appetitlosigkeit, grosse Mattigkeit und gestörter Schlaf.

Status: Abdomen sehr stark aufgetrieben, Leibesumfang 114 cm. Über dem ganzen Abdomen Dämpfung und Fluctuation. Rechts unten im Abdomen ein fester Körper ballotierend.

Nach Punktion, die mehrere l. klarer Flüssigkeit ergibt, fühlt man 2 Kinds- resp. Mannskopfgrosse höckerige Tumoren, die mit dem Uterus zusammenhängen.

Operation: Nach Eröffnung des Abdomens zeigt sich der rechte Tumor teilweise cystisch entartet, nirgends verwachsen. Da nirgends auf dem Peritoneum eine Metastase sichtbar, wird nach Doppelligatur des Stiels der Tumor abgetragen. Ebenso links.

Tumor: Die cystisch entarteten Tumoren präsentieren sich als Carcinom.

Verlauf: Trotz gut gelungener Operation nur langsame Erholung und Entlassung in gebessertem Zustand. Nach 5 Monaten exitus an Carcinoma ventric.

Jahr 1889. Von den 23 Fällen von Ovarialtumoren, die zur Operation kamen, waren 8 maligne, von denen nur einer günstige Aussicht auf Erfolg versprach.

	Mahler, Maria; 48 J.	Carc. ovariorum	Inoperabel 4 Punktionen	†
	Gross, Maria; 53 J.	Carc. ovariorum	Inoperabel	Ungeheilt.
	Gebhardt, Marg.; 37 J.	Carc. ovariorum	Probelaparot.	Ungeh.
	Schreyer, Lisette; 47 J.	Tumor maliguns in abdomine	Probelap.	Ungeh.
	Polster, Barb.; 43 J.	Carc. ovariorum	Punktion	Ungeh.
4.	Hirschmann, Nanny; 61 J.	Fibrosarcoma ovarii sin.	Ovariotomie	Geheilt.
	Hofmann, Marie; 60 J.	Carcinom. deg. l. Ovarialkystom	Punktion	†
	Büttner, Barb.; 51 J.	Carcinom. degen. Kystom des l. Ov.	Probelap.	Ungeh.

Fall 4. Hirschmann, Nanny, 61 J. IV p.

Anamnese: Menopause seit dem 50. Lebensjahre; die Kranke hat sich immer wohl befunden, bis vor etwa $^1/_2$ Jahr eine mässige Auftreibung des Leibes begann, die in der letzten Zeit rasch zunahm. Besondere Beschwerden oder Schmerzen sind nicht vorhanden, nur ist eine gewisse Kräfteabnahme zu verzeichnen.

Status: Es besteht mässiger Grad ascitischer Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Die Palpation der schlaffen Bauchdecken ergibt sehr beweglichen, kindskopfgrossen, runden, soliden Tumor, der mit der rechten Uteruskante zusammenhängt. Links ein atrophisches Ovarium.

In Anbetracht der soliden Beschaffenheit des Tumors, sowie des ascitischen Ergusses wird die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Sarcom des rechten Ovariums gestellt.

Operation: Nach Eröffnung entleeren sich 2—3 Liter Ascites; der Tumor wird unterbunden und nach dessen glatter Abtragung werden noch etwa $1^1/_2$ Liter ascitischer Flüssigkeit aufgetupft.

Tumor: Fibrosarcoma ovarii dextri.

Verlauf: gänzliche fieberfreie Reconvalescenz; bei der nach 3 Wochen erfolgter Entlassung kein Ascites nachweisbar. Nach 5 Jahren meldet die Patientin völliges Wohlbefinden und war in diesen Jahren ohne jegliche Beschwerden.

Jahr 1890. Es kamen in diesem Jahr zur Beobachtung 23 Ovarialtumoren, von denen 4 maligner Natur waren; von den letzteren konnten 3 vollständig operiert werden.

	Nagel, Marie; 17 J.	Sarcom im kl. Becken (vom l. Ov.)	Probelap.	†(Pneumonie)
5.	Kohl, Babette; 33 J.	Cystisch carcin. Deg. d. Ovarien.	Ovariotomie	Heilung
6.	Hahn, Magd.; 62 J.	Sarcoma ov. sin.	Ovariotomie	Heilung
7.	Betz, Kunig.; 18 J.	Sarcoma ov. dextr.	Ovariotomie	†

Fall 5. Kohl, Babette; 33 J. I p.

Anamnese: Bei Aufnahme in die Klinik wird Parametritis atrophicans und Retroflexio uteri festgestellt: Uterus wird ventrofixiert. Nach $^1/_2$ Jahr kommt Patientin wieder mit Klagen über heftige bohrende Schmerzen im Kreuz und Unterleib.

Status: Die Gegend des rechten Parametriums ist auf Druck ungemein empfindlich.

Operation: Exstirpation der cystisch degenerierten Ovarien.

Tumoren: Bei der mikroskopischen Untersuchung findet sich beginnendes Carcinom.

Verlauf: Geheilt entlassen; im Dezember 91 wird der uterus wegen den verschiedensten Beschwerden total exstirpiert. 1894 meldet die Pat. Gesundheit.

Fall 6. Hahn, Magdalene; 62 J. VII p.

Anamnese: Seit 17 Jahren Menopause. Seit 14 Tagen merkte Patientin, dass ihr Leib etwas zunahm; da sie Wassersucht befürchtete und in ihrer linken Seite eine Härte fühlte, kam sie sofort in die Klinik.

Status: Von der oberen Kante des Uterus geht ein höckeriger, solider Tumor ab, der bis in Nabelhöhe reicht.

Operation: Nachdem wenig Ascites abgeflossen ist, wird der Tumor, der von der linken Uteruskante ausgeht, abgebunden und abgetragen.

Tumor wird als Sarcoma ovarii sinistri diagnosticiert.

Verlauf: Geheilt entlassen; Pat. nach $^1/_2$ Jahr an Lungen- und Rippfellentzündung gestorben.

Fall 7. Betz, Kunigunde, 18 J. 0 p.

Anamnese: Seit 5 Monaten merkt Patientin, dass ihr Leib dicker wird, doch hatte sie keine Schmerzen; diese zeigten sich erst, als Patientin auf dem Felde arbeiten und sich viel bücken musste.

Status: Äusserst abgemagertes Mädchen, 77 Pfd. schwer.

Leib straff ausgedehnt durch einen soliden bis hoch über den Nabel reichenden Tumor; über demselben gedämpfter Schall, seitlich tympanitischer.

Operation: Der Tumor präsentiert sich als Geschwulst malignen Charakters, ist von speckigem Aussehen, mehrfach höckerig. Etwas Ascites.

Der Tumor ist mit dem Netz und Dünndarm breit und fest verwachsen, die massenhaften Adhäsionen werden stumpf gelöst und der Tumor entfernt.

Peritoneum ist infiltriert.

Starker Blutverlust; Patientin nach Operation äusserst anämisch, Puls nicht fühlbar.

Tumor ist ein Sarcom des rechten Ovariums.

Verlauf: Nach einigen Stunden, während welchen Patientin pulslos, röchelnd, mit kühlen Extremitäten daliegt, exitus.

Leichendiagnose: Sarcom des r. Ovariums, grosser Tumor an der Wirbelsäule, sarcomatöse Lymphdrüsen.

Jahr 1891. Beobachtet wurden im Jahr 1891 im ganzen 21 Ovarialtumoren, von denen 5 maligne waren. Zwei von diesen 5 konnten operiert werden.

8.	Möhnle, Ros.; 48 J.	Kystoma ov. dest. sarcomatosum.	Ovariotomie	†
	Kapp, Eva; 33 J.	Kyst. pap. carcinomat.	Probelap.	Ungeh.
	Müller, Nanny; 59 J.	Kystoma pap. carcinomat.	Probelap.	Ungeh.
9.	Flintsch, Anna; 30 J.	Sarcoma ovar.	Ovariotomie	Geheilt.
	Schuh, Anna; 32 J.	Carc. ovariorum	Probelap.	†

Fall 8. Möhnle, Rosine; 48 J. IV p.

Anamnese: Seit 3 Monaten Zunahme des Leibes, ohne besondere Beschwerden.

Status: Bauchdecken stark vorgewölbt und ödematös. Im Abdomen ein harter, besonders nach rechts stark herüberragender Tumor; links oben ist der Tumor prall elastisch, fast fluktuierend.

Operation: Der Tumor lässt sich leicht herauswälzen; er geht vom rechten Ovarium aus. Unterbindung und Abtragung desselben ohne Schwierigkeit.

Tumor: Auf dem Tumor zeigen sich suspecte markige Partien. Mikroskopisch: Kystoma ovarii multiloculare hämorrhagicum sarcomatosum.

Verlauf: Nach 5tägigem subjektivem Wohlbefinden treten die Zeichen einer doppelseitigen Pneumonie auf, der Patientin am 9. Tag post operationem erlag.

Fall 9. Flintsch, Anna; 30 J. III p.

Anamnese: Nach der letzten Entbindung — vor 4 Monaten — bemerkte Patientin eine Geschwulst rechts im Leib, welche immer grösser wurde. Die Kranke hatte keine besonderen Beschwerden, doch kommt sie auf Rat des Arztes in die Klinik.

Status: Die unteren Partien des Abdomens, besonders rechts, sind vorgewölbt durch einen harten, knolligen Tumor, der sich umgreifen lässt und in ziemlich grosser Ausdehnung verschieblich erscheint. Hinter und etwas links vom Uterus fühlt man einen gänseeigrossen harten Tumor, der deutlich als dem Ovarium angehörig sich bezeichnen lässt und mässig beweglich ist.

Operation: Der grauliche, glänzende Tumor wird aus seinen zahlreichen Adhäsionen mit dem Darm freipräpariert und leicht abgetragen; ebenso der dem linken Ovarium angehörige zweite Tumor.

Tumor: Makroskopisch und mikroskopisch Sarcom beider Ovarien.

Verlauf: Nur langsame Rekonvaleszenz; nach 5 Wochen mit völlig geheilter Bauchwunde geheilt entlassen.

Patientin ist später — nach wie langer Zeit ist nicht angegeben — an Magenkrebs gestorben.

Jahr 1892. Unter den 22 Fällen von Ovarialtumoren, die in diesem Jahre in klinische Behandlung kamen, waren 5 maligne, von welch letzteren nur einer zur Vollendung der Operation geeignet war.

	Popp, Marie; 37 J.	Sarcom des r. Ovariums	Inoperabel	†
	Schlicht, Marg.; 66 J.	Maligner Ovarialtumor	Inoperabel	Ungeh.
	Kurzdörfer, Marg.; 52 J.	Carcin. ovarii	Probelap.	†
	Bischof, Agathe; 57 J.	Carc. ovariorum et peritonei	Probelaparot.	†
10.	v. Sauer, Klara; 55 J.	Kyst. pap. ovar. carcinomat.	Ovariotomie	Gebessert.

Fall 10. von Sauer, Klara; 55 J.

Anamnese: Seit 5 Monaten Appetitlosigkeit, Unterleibsschmerzen. Pat. war lange unter ärztlicher Beobachtung; eine genaue Untersuchung ergab die Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Tumor ovarii sinistri. In den letzten Wochen Steigerung sämtlicher Beschwerden.

Status: Abdomen stark ausgedehnt, insbesonders in den seitlichen Partien. Reichlicher Ascites.

Die Punktion des Abdomens ergibt etwa 6 Liter einer stark gallig verfärbten, trüben Flüssigkeit. Die Untersuchung ergibt jetzt, dass der Uterus nach hinten verdrängt ist und dass demselben rechts und links dicht Tumoren anliegen; der linke Tumor von Faustgrösse zeigt Fluktuation. Auf den beiden Tumoren glaubt man bei der Untersuchung Knötchen von mässig harter Konsistenz, die etwa papillären Wucherungen entsprechen können, durchzufühlen.

Operation: Beide Tumoren sind mit papillären Exkrescenzen besetzt. Da nirgends eine Infektion nachzuweisen ist, werden sie abgebunden und abgetragen.

Kurz vor Schluss der Bauchhöhle bemerkt man auf der linken Seite des Colon einen 8 cm langen und 3 cm breiten Carcinomknoten, der nicht entfernt werden kann.

Tumor: Kystoma papillare ovariorum carcinomatosum.

Verlauf: Pat. mit gutem Wohlbefinden und gut verheilter Bauchnarbe ohne nachweisbaren Ascites entlassen.

Exitus 6 Monate post operationem.

Jahr 1893. In Behandlung kamen im ganzen 31 Ovarialtumoren, und unter diesen 6 maligne; bei 2 malignen war die Exstirpation möglich.

11.	Bezold, Elis.; 24 J.;	Sarcoma ovarii sin.	Ovariotomie	Geheilt.
	Siebenkäs, Christ.; 18 J.;	Chondrosarcom ovarii.	Inoperabel	†
12.	Böhmer, Kunig.; 50 J.	Carcin. ovar.	Ovariotomie	Gebess.
	Griesmeier, Barb.; 50 J.	Ovarialcarc.	Probelap.	†
	Fälschle, Marg.; 53 J.	Sarcoma ov.	Probelap.	Ungeh.
	Ganzmann, Marg.; 40 J.	Kystoma ov. carcinomat.	Punktion	Ungeh.

Fall 11. Bezold, Elisabeth; 24 J. 0 p.

Anamnese: Seit 4 Monaten ist keine Menstruation mehr aufgetrieben, seit 3 Monaten bemerkt Patientin, dass ihr Leib dicker wird; Schmerzen hat sie gar keine.

Status: Abdomen bis über den Nabel ziemlich gleichmässig aufgetrieben. Bei der Palpation fühlt man einen glatten, ziemlich leicht in weiten Grenzen beweglichen Tumor. Kein Ascites.

Operation: Der solide Tumor, der von den linken Anhängen des Uterus ausgeht, wird leicht unterbunden und abgetragen. Die breit mit dem Tumor verwachsenen Anhänge der rechten Seite werden gleichfalls abgetragen wegen der zweifellos malignen Erkrankung des linken Ovariums in der Gefahr einer Nacherkrankung des eventuell zurückgelassenen.

Tumor: Sarcoma ovarii sin.

Verlauf: Glatte Heilung.

Geheilt entlassen.

Fall 12. Böhmer, Kunigunde; 50 J. Die Kranken- und Operationsgeschichte dieses Falles fehlt; Vermerk im Operationsbuch: Gebessert entlassen.

Jahr 1894.

13.	Schellhorn, Helene; 53 J.	Doppels. Ov.-Carc.	Ovariotomie	†
	v. Vincenti, Berth.; 44 J.	Doppels. Ov.-Carc.	Probelap.	Ungeh.
14.	Schloss, Lina; 32 J.	Carc. ov. dextr.	Ovariotomie	Geheilt.
	Sitzmann, Marie; 56 J.	Doppels. malign. Ovarialtumor	Inoperabel	Ungeh.
	Spengler, Elis.; 68 J.	Carc. ov. utr.	Inoperabel	Ungeh.
15.	Wiedenmann, Magd.; 55 J.	Doppels. Ov.-Carc.	Ovariotomie	Geh.
	Zahn, Emilie; 42 J.	Carc. ovariorum	Probelap.	Ungeh.
16.	Laurer, Barb.; 58 J.	Kyst. dermoid. mit carc. Degenerat.	Laparot.	†
	Güthlein, Marg.; 56 J.	Malign. Ovarialtum. (Carcinom)	Probelap.	Ungeh.
	Körber, Lisette; 26 J.	Malignes doppels. Ovarialkystom	Probelap.	Ungeh.
17.	Speckner, Anna; 51 J.	Carc. entartetes doppels. Ov.-Kystom.	Ovariotomie	†
	Ganzmann, Marg.; 40 J.	Kyst. ovar. malign.	Probelap.	Ungeh.
18.	Lorenz, Marie; 30 J.	Sarcoma ovariorum	Ovariot.	Geheilt.

Von obigen 13 malignen Fällen, welche im Jahr 1894 unter insgesamt 30 Ovarialtumoren zur operativen Behandlung kamen, konnten folgende 6 operiert werden.

Fall 13. Schellhorn, Helene; 53 J. I p.

Anamnese: Seit 3 Monaten Schmerzen im ganzen Leib; seit kurzem verspürt Patientin selbst Knollen im Leib, die

langsam wachsen. Es besteht völlige Appetitlosigkeit, starke Abmagerung und Stuhlverstopfung. Menopause seit 3 Monaten.

Status: Reduzierter Ernährungszustand, cachektische Hautfarbe.

Leib stark aufgetrieben durch einen über den Nabel reichenden, harten, höckerigen Tumor, der ins Becken hineinragt. Ascites.

Operation: Es entleert sich reichlich Ascites. Auf dem Peritoneum der vorderen Bauchwand, sowie auf den vorliegenden Darmschlingen weissliche harte Knötchen von der Grösse eines Hirsekorns bis einer Haselnuss. Von den linken Anhängen geht ein grosser Tumor aus, desgl. von den rechten.

Trotz der ungünstigen Verhältnisse werden die Tumoren wegen ihrer leichten Entfernbarkeit abgetragen.

Präparat: Solides Ovarialcarcinom (Drüsenepithelcarcinom) beiderseits.

Verlauf: Patientin erholt sich nicht, Extremitäten kalt trotz Einwicklungen. Am Tag nach der Operation abends exitus.

Leichendiagnose: Krebsige Peritonitis, Krebsmetastasen der Leber, des Coecums, der mesenterialen und retroperitonealen Lymphdrüsen.

Fall 14. Schloss, Lina; 32 J. 0 p.

Anamnese: Vor 1 Jahr wegen Dysmenorrhoee und Sterilitas in hiesiger Klinik: Auskratzung. Befund damals: Anhänge beiderseits normal, l. Ovarium vielleicht etwas vergrössert.

Jetzt klagt Patientin über starke Regeln mit heftigen Schmerzen im Leib; in der letzten Zeit wird grosse Schwäche und Abmagerung festgestellt.

Status: Linkes Ovarium deutlich beweglich, nicht vergrössert; nach rechts vom Uterus geht ein etwa 5 cm langer Stiel auf einen ziemlich leicht beweglichen, ungefähr mannskopfgrossen Tumor über (Narcose).

Operation: Der solide Tumor, dessen Oberfläche glatt, wird leicht entfernt. Peritoneum ist frei von Auflagerungen.

Präparat makroskopisch: Der Tumor trägt vorwiegend papillären Charakter, ohne jedoch das Bild des Carcinoms darzubieten.

Mikroskopisch: Carcinoma ovarii.

Verlauf: Geheilt entlassen.

Fall 15. Wiedenmann, Magd.; 55 J. 0 p.

Anamnese; Menopause seit 5 Jahren; seit $^5/_4$ Jahren mit geringen Unterbrechungen Blutungen.

Seit 2 Monaten wird stärkeres Wachstum des Leibes, Unbehagen, Appetitlosigkeit, Abmagerung festgestellt.

Status: Abdomen aufgetrieben durch einen bis 4 Finger breit an den processus xiphoideus heranragenden, mässig harten, glatten Tumor.

Operation: Unzweifelhaft cystischer Tumor, von den rechten Anhängen ausgehend. Glatte Abtragung desselben. Von den linken Anhängen geht ein strausseneigrosser Tumor ab, der ebenfalls abgetragen wird. Im Abdomen ist nichts Verdächtiges.

Tumor: Die mikroskopische Untersuchung ergibt, dass an einzelnen Stellen bereits deutlich Carcinombild nachzuweisen ist; makroskopisch bieten die Tumoren das Bild von papillären Kystomen, doch fallen schon einige verdächtige Stellen auf.

Verlauf: Patientin wird geheilt entlassen.

Fall 16. Laurer, Barbara; 58 J. IX p.

Anamnese: Menopause seit 8 Jahren. Seit etwa $1^1/_2$ Jahren bestehen Schmerzen im Leib, namentlich in der rechten Seite; stärkere Blähungen, sowie Verstopfung. Seit etwa 8 Monaten Urinbeschwerden, so dass sehr häufig katheterisiert werden musste.

Status: Bauchdecken durch einen prall elastischen, aus dem kleinen Becken kommenden und bis zum Nabel reichenden Tumor vorgewölbt.

Operation: Ein von den linken Anhängen ausgehender kleiner Tumor wird abgetragen. Der grosse, rechtsseitige Tumor, dessen Stiel leicht zugänglich, ist hinten mit dem Mastdarm verwachsen, welche Verwachsungen sich nur mit dem Messer lösen lassen. Der Tumor ist nunmehr fest in das im unteren Douglas liegende Gewebe hineingewachsen und so musste, da einmal die Operation begonnen, das Peri-

toneum durchtrennt und nun stumpf mit der Hand, was eben möglich war, aus dem retroperitonealen Bindegewebe herausgeschält werden, wobei viel carcinomatöse Massen zurückblieben; die Bauchhöhle wird dann tamponiert.

Tumor: Kystoma dermoides mit carcinomatöser Degeneration.

Verlauf: 4 Tage p. o. exitus im Koma.

Leichendiagnose: Krebsige Peritonitis.

Fall 17. Speckner, Anna; 51 J. 0 p.

Anamnese: Seit 1 Jahr Menopause. Seit $^1/_2$ Jahr Spannung im Leib; ein Wachsen des Leibes wurde erst in den letzten Wochen bemerkt; Beschwerden treten erst seit 14 Tagen auf und zwar in dem Unvermögen, Urin zu entleeren.

Status: Prall cystischer Tumor im Abdomen bis über den Nabel reichend.

Operation: Die bestehenden Verwachsungen im kleinen Becken und mit der hinteren Uteruswand werden gelöst und der Tumor entfernt.

Tumor: An einzelnen Stellen schon makroskopisch das Bild des Carcinoms; die mikroskopische Untersuchung bestätigt das Vorhandensein von carcinomatösen Partien im Tumor.

Verlauf: Allmählicher Kräfteverfall; exitus am 4. Tage im Koma.

Leichendiagnose: Peritonitis. Croupöse Pneumonie.

Fall 18. Lorenz, Marie; 30 J. I p.

Anamnese: Seit 7 Monaten langsames Wachsen des Leibes, seit 4 Monaten abwechselnde Blutungen, seit 4 Wochen rapide Zunahme des Leibes mit Kreuz- und Leibschmerzen, Kurzatmigkeit.

Status: Leib stark aufgetrieben, Rippenbogen stark auseinandergedrängt. Deutliche Fluktuation; auf der rechten Seite ein beweglicher, ziemlich derber Tumor, der bis zum Nabel reicht; die Oberfläche desselben ist uneben.

Operation: Es entleeren sich mehrere Liter ascitischer Flüssigkeit, Peritoneum ist glatt und zeigt keine verdächtige Stellen. Glatte Abtragung des grossen Tumors rechts und eines kleinen, gestielten, auf der linken Seite.

Tumor: Die beiden Tumoren müssen bei makroskopischer Betrachtung als Sarcom der Ovarien aufgefasst werden; gegen Carcinom spricht besonders eine relative Weichheit des Tumors und der Mangel höckriger Prominenzen.

Verlauf: Mit gut geheilter Bauchwunde geheilt entlassen.

Kommt im Januar 1896 mit Ascites wieder in die Klinik. Diagnose Lymphadenitis sarcomatosa metastatica mesenterialis. Punktion des Abdomens: es fliessen $7^1/_2$ L. haemorrhagischer Flüssigkeit ab; ungeheilt entlassen.

Jahr 1895. Die Anzahl der mit Ovarialtumoren zur Behandlung gekommenen Patientinnen betrug in diesem Jahr 24, worunter sich 5 mit malignen Tumoren befanden; von den letzteren konnten 2 vollständig operiert werden.

	Dietel, Kath.; 31 J.	Carc. ov. utr.	Probelap.	†
	Hopfenmüller, Apoll.; 57 J.	Carcin. ov. utr.	Punktion.	Ungeh.
	Riedelmaier, Elis.; 58 J.	Malign. Ov.-Tum.	Inoperabel.	Ungeh.
19.	Fitterer, Marg.; 21 J.	Sarcom des r. Ovariums.	Ovariotomie	Geheilt.
20.	Lochner, Kunig.; 34 J.	Teratoma ov.	Ovariotomie	Geheilt.

Fall 19. Fitterer, Marg.; 21 J. 0 p.

Anamnese: Vor 9 Monaten Abort, im Anschluss daran 5tägiges Fieber und 4wöchentliche Blutung in wechselnder Stärke, die von selbst sistierte. Seither kein Blutabgang mehr. Sonstige Anamnese ergibt absolut nichts. Pat. ist vom Arzt, den sie wegen irgend welcher geringfügigen Ursache konsultierte, gesandt.

Status: Abdomen halbkugelig aufgetrieben; durch die straffen Bauchdecken fühlt man einen grossen, leicht verschiebbaren, an der Oberfläche ziemlich glatten Tumor.

Operation: Grosser, glatter Tumor, der fast bis zur Magenhöhle reicht und das ganze kleine Becken ausfüllt;

derselbe wird leicht herausgewälzt, unterbunden und abgetragen.

Präparat: Sarcom des r. Ovariums.

Verlauf: Glatte Heilung; als geheilt entlassen.

Fall 20. Lochner, Kunigunde; 34 J.; III p.

Anamnese: Vor 5 Monaten Sistierung der Menses, vor 4 Wochen Abortus; nach manueller Placentarlösung Fieber, Schüttelfrost: vom 8. Tag an normalor Verlauf.

Seit 4 Monaten bemerkt Patientin, damals gravida im 1. Monat, ein enorm rasches Stärkerwerden ihres Leibes und fühlte auch in der rechten Seite eine Geschwulst; dabei bestanden Schmerzen, die bis ins rechte Bein ausstrahlten. Vor 5 Wochen konnte die Patientin keinen Urin mehr lassen; seither oftmaliger Katheterismus.

Z. Z. bestehen heftige Atembeschwerden und Schwellung der Beine.

Status: Leibesumfang 105 cm. Im Abdomen über mannskopfgrosser Tumor mit zahlreichen Erhabenheiten, dessen Konsistenz an einzelnen Stellen fluktuierend, sonst überall derb erscheint. Deutlicher Ascites.

Operation: Nach Eröffnung des Abdomens fliessen mehrere Liter strohgelber, ascitischer Flüssigkeit ab, nach deren Ablauf sich der cystische Tumor mit glatter Wand zeigt; derselbe ist nach vorn frei, nach hinten ausserordentlich fest verwachsen, was zu grossen Schwierigkeiten führt; mühsam wird der Tumor freigelegt und entfernt.

Präparat: Dasselbe erweisst sich als ein Teratoma ovarii; in demselben finden sich Stellen von teils glandulärem, teils papillärem Typus, ferner epidermoidale Gebilde.

Verlauf: Glatte Heilung; ohne nachweisbaren Ascites geheilt entlassen. Nach 7 Monaten kommt Patientin wieder; Diagnose: Tumor ovarii et parametrii recidivus; Patientin war bis 4 Wochen vorher ganz gesund. Jetzt inoperabler Befund.

Im **Jahr 1896** kamen in die Klinik 33 Kranke mit Ovarialtumoren; von den 8 malignen Fällen konnten 5 operiert werden.

21.	Böh, Regine; 48 J.	Sarcom ov. dextr.	Ovariotomie	Geheilt.
22.	Brünner, Klara; 51 J.	Fibrosarcoma ovarii sin.	Ovariotomie	Geheilt.
23.	Seipold, Maria; 50 J.	Carc. ov. dextr.	Ovariotomie	Gebess.
24.	Wirth, Marg.; 38 J.	Carc. ov. sin.	Ovariotomie	†
	Neuhofer, Flora; 31 J.	Tumor ovarii sarcomat.	Inoperabel	Ungeh.
	Günther, Eva; 52 J.	Carc. ov. et perit.	Punktion	Ungeh.
	Minderlein, Eleon.; 46 J.	Carc. ovarii et perit.	Probelap.	Ungeh.
25.	Wunderlich, Elis.; 62 J.	Kyst. pap. carc. ovarii dextri.	Ovariotomie	Geheilt.

Fall 21. Böh, Regine; 48 J. 0 p.

Anamnese: Klagen über Kreuzschmerzen, allmählich immer stärker werdende Auftreibung des Leibes.

Status: Leibesumfang 78 cm; im Abdomen ein kindskopfgrosser, beweglicher Tumor, der sich nach unten ins Becken fortsetzt. Kein Ascites nachweisbar. Per vaginam ist zu konstatieren, dass der Tumor von den rechten Anhängen ausgeht.

Operation: Tumor überall frei; glatte Abtragung desselben.

Präparat: Tumor sehr derb, zeigt sich als ein reines Sarcom.

Verlauf: Am 20. Tage p. o. geheilt entlassen.

Fall 22. Brünner, Klara; 51 J. IX p.

Anamnese: Seit etlichen Jahren langsame Zunahme des Leibesumfangs; seit 3 Wochen sehr starke Zunahme desselben.

Status: Sehr deutliche Fluktuation; rechts fühlt man einen derben, anscheinend höckerigen und beweglichen Tumor, der nicht ganz bis zum Nabel geht.

Operation: 3 Tage vor der definitiven Operation Punctio abdominis: es fliessen $13^1/_2$ l. gelblicher Flüssigkeit ab.

Nach Eröffnung des Peritoneums zeigt sich ein grosser, höckeriger, schon makroskopisch malign aussehender Tumor, vom l. Ovarium ausgehend. Peritoneum absolut frei von Auflagerungen. Entfernung des Tumors auffallend leicht.

Tumor makroskopisch: gross, derb, solid; mikroskopisch: Fibrosarcoma ovarii.

Verlauf: Glatte Heilung; als definitiv geheilt entlassen.

Fall 23. Seipold, Maria; 50 J. IV p.

Anamnese: Seit 5 Wochen stechende Schmerzen in der Gegend des Afters; geringe Obstipation und Beschwerden beim Wasserlassen.

Status: Das rechte Ovarium ist in einen langgestielten, hühnereigrossen, derben Tumor verwandelt, der solid erscheint.

Operation: Der ganz freie und bewegliche Tumor wird per vaginam entfernt, nachdem allerdings verschiedene Stücke losgerissen waren.

Tumor erweist sich mikroskopisch als ein Carcinom.

Verlauf: Wundheilung erst durch Fieber und peritonitische Erscheinungen gestört; es bildet sich ein Exsudat am Stumpf, das spontan durchbricht.

Pat. wird gebessert entlassen.

Fall 24. Wirth, Marg.; 38 J. II p.

Anamnese: Seit einiger Zeit Schmerzen im Unterleib und Kreuz.

Status: Leib stark halbkugelig aufgetrieben; in demselben ein über mannskopfgrosser cystischer Tumor, mässig prall gefüllt. Kein Ascites. Oberfläche des Tumors glatt; derselbe geht von den linken Anhängen aus.

Operation: Der zerkleinerte, graublaue Tumor wird mit Mühe entfernt, da er besonders nach links flächenhaft mit dem parietalen Blatt des Peritoneums verwachsen ist. Nach Entfernung des Tumors fühlt man, dem Verlauf des m. Iliopsoas entsprechend, einen länglich derben Tumor, offenbar carcinomatöser Natur, hühnereigross. Daher ohne weiteres Vorgehen Schluss des Abdomens.

Tumor zeigt sich als ein Carcinom.

Verlauf: Am folgenden Tag unter Collapserscheinungen exitus.

Leichendiagnose: Carcinommetastase auf dem Iliopsoas.

Fall 25. Wunderlich, Elisabeth; 62 J. II p.

Anamnese: Seit 8—10 Wochen Schmerzen in der rechten Inguinalgegend, sonst keine Beschwerden.

Status: Umfang des halbkugelig vorgewölbten Leibes 93 cm. In demselben ein prall elastischer, mannskopfgrosser Tumor, der nirgends adhaerent.

Operation: Resektion des vom rechten Ovarium ausgehenden Tumors.

Präparat: Grosse Cyste, an deren Innenfläche zahlreiche erbsen-kirschgrosse derbe, höckerige Knoten sind; dieselben erweisen sich als carcinomatös entartete papilläre Wucherungen.

Verlauf: Normaler Heilungsvorgang; Patientin geheilt entlassen.

Jahr 1897. Behandelt wurden in diesem Jahr 26 Patientinnen mit Ovarialtumoren, 4 Fälle waren maligner Natur; von diesen 4 malignen Ovarialtumoren konnten 3 vollständig operiert werden.

26.	Wittmann, Kath.; 20 J.	Kystoma ov. dextr. carc.	Ovariotomie	Gebess.
27.	Krauss, Magd.; 41 J.	Ovarialcarcinom	Ovariotomie	Gebess.
28.	Schmitt, Marg.; 60 J.	Doppels. carcinom. gestielte Tumoren	Ovariot.	Gebess.
	Midas, Rosalie; 55 J.	Carc. ov. utr.	Probelap.	†

Fall 26. Wittmann, Kath.; 20 J. 0 p.

Anamnese: Letzte Menstruation vor 17 Wochen; seither starke Anschwellung des Unterleibs und der Beine, die seit 14 Tagen auf ärztliche Verordnung nachlässt. In der letzten Zeit starke Abmagerung.

Status: Leib halbkugelig aufgetrieben, Umfang 95 cm. Zahlreiche Striae, deutliche Fluktuation. Man fühlt leicht

verschiebliche, bewegliche Tumoren, die bis zum Rippenbogen hinaufreichen.

Operation: Reichlicher Abfluss von Ascites; glatte Abtragung des in den Tumor umgewandelten rechten Ovariums. Auf dem Peritoneum der vorderen Bauchwand, sowie am visceralen Blatt des Beckens derbe Knötchen; die mikroskopische Untersuchung dieser ergibt Carcinom.

Tumor: Carcinomatös entartetes Kystom des rechten Ovariums.

Verlauf: Ohne nachweisbaren Ascites gebessert entlassen.

Fall 27. Krauss, Magd.; 41 J. II p.

Anamnese: Vor 6 Wochen war Patientin 8 Tage lang in Behandlung der Klinik hier mit Myoma uteri: es wurde ein passender Ring eingelegt. 8 Tage nach ihrer Entlassung bemerkte sie, dass ihr Leib grösser wird und zwar in den letzten Tagen ziemlich rasch.

Status: Leib halbkugelig aufgetrieben, Fluktuationsgefühl herrührend von freiem Ascites. Hinter dem Uterus der früher als Myom angesprochene Tumor.

Operation: Eine beträchtliche Menge Ascites fliesst ab; auf dem Netz zahlreiche Knötchen, ein Teil desselben wird abgetragen. Im kleinen Becken 2 Tumoren, einer kindskopfgross, einer hühnereigross: die 2 entarteten Ovarien. Dieselben werden abgetragen.

Tumoren: Carcinoma ovariorum.

Verlauf: Nach der Entlassung bestand 2 monatliches Wohlsein; jetzt bestehen seit $^1/_4$ Jahr beträchtliche Schmerzen im Leib und Kreuz, dabei wächst der Leib immer mehr an und es kommt zu Atembeschwerden. Der Befund 6 Monate p. o. ist: Leib gleichmässig hochgradig aufgetrieben, bedingt durch Druck von Metastasen des früher entfernten Ovarialcarcinoms.

Jetzt: Therapia nulla!

Fall 28. Schmitt, Marg.; 60 J. VI p.

Anamnese: Pat. klagt seit $^1/_2$ Jahr über Magenbeschwerden und Schmerzen im Leib; es besteht Obstipation. Seit einigen Tagen heftige Kreuzschmerzen.

Status: Im Abdomen freie Flüssigkeit. Neben einem linksseitigen faustgrossen Tumor, besteht ein rechter kindskopfgrosser, sehr beweglicher. Im Douglas fühlt man einzelne harte Rauhigkeiten.

Operation: Abfluss von reichlich Ascites; beide Tumoren werden leicht in toto entfernt. Vereinzelte Knötchen im Peritoneum und ganz vereinzelte auf dem Darm.

Tumoren: Carcinoma ovariorum.

Verlauf: Ungestörte Rekonvaleszenz; bei der Entlassung kein Ascites nachweisbar.

Gebessert entlassen.

Jahr 1898. In diesem Jahr gelangten 33 Ovarialtumoren zur Operation; unter diesen waren 5 Fälle maligner Natur. Von diesen letzteren konnten 4 völlig operiert werden.

29.	Schörner, Marg.; 56 J.	Kyst. ovarii mit carc. Deg.	Ovariotomie	Geb.
30.	Grimmeis, Pauline; 48 J.	Kyst. ov. carcinomat.	Ovariotomie	Ungeh.
31.	Appel, Kath.; 53 J.	Kyst. ov. mit carc. Deg.	Ovariotomie	Geheilt.
	Mehrl, Rosine; 44 J.	Carc. ovariorum	Probelap.	Ungeh.
32.	Weinberger, Maria; 56 J.	Kyst. ov. dextr. mit carc. Deg.	Ovariotomie	Geb.

Fall 29. Schörner, Marg.; 56 J. I p.

Anamnese: Seit 2 Monaten Schmerzen im Unterleib; vom Arzt gesandt.

Status: Unterleib ziemlich stark vorgetrieben durch einen cystischen, median gelegenen Tumor, der ziemlich schlaff ist.

Operation: Ein von den linken Anhängen ausgehender grosser Tumor, sowie das in einen gänseeigrossen cystischen soliden Tumor umgewandelte rechte Ovarium werden leicht abgebunden und entfernt. In der Tiefe des Douglas, be-

sonders am lig. recto-uterinum harte, derbe Knötchen von wechselnder Grösse.

Tumor: Carcinomatös degeneriertes Ovarialkystom; die im Douglas befindlichen Knötchen werden als carcinomatöse Knoten gedeutet.

Verlauf: Bei der Entlassung ist keine freie Flüssigkeit nachweisbar; Patientin wird gebessert entlassen.

Fall 30. Grimmeis, Pauline; 48 J. II p.

Anamnese: Seit 5 Jahren ziemlich starke Blutungen, die sich periodisch wiederholen; dabei sind stechende Schmerzen im Unterleib vorhanden. Seit 2 Monaten bemerkte Patientin ein Stärkerwerden ihres Leibes.

Status: Leib sehr stark vorgetrieben durch einen prallen, unregelmässigen, höckerigen, teils derben, teils cystischen Tumor von über Mannskopfgrösse. Kein Ascites nachweissbar.

Vom Rectum aus fühlt man deutlich erbsengrosse, gut verschiebliche Knötchen, die sich in den Douglas erstrecken.

Operation: Tumor nach vorn ganz frei, wird leicht abgetragen. In der Tiefe des Douglas ein zweiter, ebenfalls leicht zu entwickelnder Tumor. An diesem Tumor, sowie an der Oberfläche des Peritoneums weissliche harte, anscheinend maligne Knötchen. Eine in die Magengegend geführte Hand weisst hier knollige, harte Tumoren nach (Magencarcinom).

Tumor: Carcinomatös degenerierte Kystome.

Verlauf: Heilung glatt; ungebessert entlassen.

Fall 31. Appel, Kath.; 53 J. III p.

Anamnese: Menopause seit dem 46. Jahr; seit 6 Wochen wird Stärkerwerden des Leibes bemerkt.

Status: Im Abdomen ein mannskopfgrosser cystischer Tumor, der nach der Beckenhöhle zu gestielt ist.

Operation: Cystisch, blau durchscheinender Tumor, der allseitig frei. Leichte Abtragung; Darm etwas injiciert.

Tumor: Carcinomatöse Degeneration des Ovariums.

Verlauf: Glatter Heilungsverlauf; Patientin geheilt entlassen.

Fall 32. Weinberger, Maria; 56 J. VI p.

Anamnese: Menopause seit 4 Jahren. Seit 8 Wochen wird ein Stärkerwerden des Leibes bemerkt, ebensolange bestehen Beschwerden beim Wasserlassen. Schnelle Abmagerung.

Status: Leib durch einen über mannskopfgrossen Tumor stark aufgetrieben; rechts stärker wie links.

Operation: Wenig trüber Ascites; das parietale Peritoneum und die Darmserosa mit zahlreichen, stecknadelkopfgrossen Knötchen bedeckt. Der Tumor, der starke Verwachsungen mit dem Darm zeigt, wird abgebunden; ebenso das linke Ovarium, das atrophisch und mit kleinen Knötchen besetzt ist.

Tumor: Kystoma ovarii dextri mit carcinomatöser Degeneration.

Verlauf: Glatte Heilung; gebessert entlassen.

Jahr 1899.

33.	Kupfer, Marg.; 48 J.	Kyst. ov. dupl. carcinom.	Ovariotomie	Gebess.
34.	Wrede, Lisette; 35 J.	Sarc. ov. utr.	Ovariotomie	Ungeh.
35.	Haeckel, Barb.; 49 J.	Kyst. ov. dupl. carcinomat.	Ovariotomie	Geheilt.
36.	Gegner, Marie; 37 J.	Kyst. ov. dupl. carcinomat.	Ovariotomie	Geheilt.

Obige 4 Fälle maligner Ovarialtumoren kamen in diesem Jahr unter 25 Ovarialtumoren überhaupt in klinische Behandlung und bei sämtlichen konnte die vollständige Entfernung der Tumoren vorgenommen werden.

Fall 33. Kupfer, Margarethe; 48 J. V p.

Anamnese: Seit 6 Wochen Kälte in den Beinen, Rückenschmerzen und Schmerzen in beiden Seiten; seit eben dieser Zeit wird Zunahme des Leibes bemerkt, es besteht Erbrechen, Mattigkeit und Müdigkeit. In den letzten Wochen wird Abmagerung konstatiert.

Status: Kachexie. Deutliches Fluktuationsgefühl im Abdomen. Aus dem Becken reicht bis handbreit über die Symphyse eine teils prall elastische, teils knollige Geschwulst, die ziemlich beweglich ist und sich bei vaginaler Untersuchung körnig anfühlt. Im linken Abschnitt des Beckens ein 2. fluktuierender Tumor.

Operation: Glatte Abtragung der beiden Tumoren; doch zeigt sich das Peritoneum des Beckens mit grossen, harten Knoten durchsetzt.

Tumoren: Carcinomatöse Ovarialkystome.

Verlauf: Gebessert ohne Ascites entlassen.

Fall 34. Wrede, Lisette; 35 J. V p.

Anamnese: Seit $^1/_2$ Jahr zunehmende Schmerzen im Kreuz und heftigen Drang im Leib; allmähliche Abmagerung.

Status: Rechts vom Uterus liegt eine harte, knollige Geschwulst von über Faustgrösse, die sehr gut beweglich und bei Berührung schmerzhaft ist. Links neben dem Uterus findet sich das Ovarium knollig hart, etwa hühnereigross, frei beweglich.

Operation: Glatte Abtragung der beiden Tumoren; das Netz ist bis an den Magen hinauf derart mit Metastasen durchsetzt, dass an eine radikale Behandlung nicht zu denken ist.

Tumor: Sarcoma ovariorum.

Verlauf: Glatte Heilung; am 15. Tag p. o. auf Wunsch ungeheilt entlassen.

Fall 35. Haeckel, Barbara; 49 J. VII p.

Anamnese: Seit 1 Jahr bemerkt Patientin Stärkerwerden ihres Leibes und hat Schmerzen in der rechten Seite, namentlich beim Arbeiten. Menopause seit 1 Jahr.

Status: Stark aufgetriebener Leib, grösster Umfang 112 cm.

Im Abdomen mehrere grosse, knollige Tumoren, zwischen denen sich freie Flüssigkeit befindet: es ist eine aus mehreren Knollen zusammengesetzte Geschwulst, die bis zum Rippenbogen reicht und über Mannskopfgrösse hat.

Auf der linken Seite eine wesentlich kleinere, derbere Geschwulst.

Operation: Verwachsungen der Tumoren mit dem Netz werden gelöst und die Tumoren leicht entfernt.

Tumor: Kystoma ovarii utriusque carcinomatosum.

Verlauf: Heilung ohne Störung; mit per primam geheilter Bauchwunde als geheilt entlassen.

Fall 36. Gegner, Marie; 36 J. I p.

Anamnese: Seit 2—3 Monaten Zunahme des Leibes; seit 4 Wochen Schmerzen links in der Seite und im Kreuz.

Status: Leib halbkugelig ausgedehnt; im ganzen Bereich des Abdomens deutliche Fluktuation.

Bis an den Rippenbogen reichende und sich tief ins Becken erstreckende Geschwulst im Abdomen.

Operation: Entfernung der verkleinerten und vom rechten Ovarium ausgehenden Geschwulst; das linke, durch eine kleine Cyste etwas vergrösserte Ovarium wird angestochen und bleibt zurück.

Tumor: Da die anatomische Untersuchung flache papilläre Wucherungen mit deutlich carcinomatöser Degeneration zeigt und da das linke Ovarium bei der Operation schon vergrössert gefunden wurde, wird dasselbe, namentlich in Anbetracht der meist doppelseitigen carcinomatösen Ovarialtumoren nach 3 Wochen per vaginam entfernt. Dasselbe zeigt jedoch keinerlei Veränderungen.

Verlauf ohne Störung; Patientin wird geheilt entlassen.

Jahr 1900. Unter 33 Fällen von Ovarialtumoren waren 6 maligne, von denen zwei durch die Operation angegriffen werden konnten.

	Kraft, Marie; 57 J.	Sarcom ov. dextr.	Probelap.	†
	Meyer, Sophie; 53 J.	Carc. ovar.	Probelap.	Ungeh.

37.	Person, Lina; 51 J.	Carc. ov. dextr.	Ovariotomie	Geheilt.
	Mayer, Lina; 37 J.	Tumor malignus ov. utriusque	Probelap.	Ungeh.
	Kurz, Henr.; 61 J.	Carc. perit. et ov. dextr.	Probelap.	Ungeh.
38.	Wurzer, Karol.; 61 J.	Carc. ov. dextr.	Ovariotomie	Geheilt.

Fall 37. Person, Lina; 51 J. VIII p.

Anamnese: Seit 2 Jahren langsames Stärkerwerden; seit einigen Wochen bestehen Leibschmerzen und Erbrechen.

Status: Ausserordentlich starker Leibesumfang 105 cm. Ascites mit Bestimmtheit nachweisbar und ebenso eine bis zur Nabelhöhe aus dem kleinen Becken hervorragende Geschwulst mit glatter Oberfläche.

Operation: Der von den rechten Anhängen ausgehende cystische Tumor wird, nach seiner Verkleinerung durch Einstich, abgetrennt.

Tumor: Vielkammerige Cyste des rechten Ovariums; die einzelnen Cysten waren mit Carcinommassen voll gewuchert, viele waren ödematös und zeigten seröse nussfarbene Exsudate innerhalb derselben. Mikroskopisch: Carcinom.

Verlauf: Patientin geheilt entlassen.

Fall 38. Wurzer, Karoline; 61 J. II p.

Anamnese: Menopause seit 6 Jahren; seit 6 Monaten wieder leichter Blutabgang, seit 5 Wochen anhaltende, nicht besonders schmerzhafte Blutungen. Keine Schmerzen. Keine Abmagerung.

Status: Kein Ascites; rechts neben dem Uterus ein gut faustgrosser, rundlicher, glattwandiger, harter, sehr beweglicher Tumor.

Operation: Entfernung des Tumors samt Uterus und Adnexen per vaginam.

Präparat: Faustgrosser, solider Tumor mit dünner bindegewebiger Kapsel. Mikroskopisch: Carcinoma glandulare; die Krebsnester liegen in lockerem Bindegewebe eingebettet.

Verlauf: Bei sehr gutem Allgemeinbefinden geheilt entlassen.

Im **Jahr 1901** kamen 25 Fälle von Ovarialtumoren zur klinischen Behandlung, von denen 3 maligner Natur waren. Alle 3 Fälle waren operabel.

39.	Klein, Marianne; 47 J.	Fibrosarc. ov. dupl.	Ovariotomie	Gebess.
40.	Malter, Babette; 42 J.	Kyst. ov. sin. carcinom	Ovariotomie	Geheilt.
41.	Tremel, Marg.; 55 J.	Carc. ov. dupl.	Ovariotomie	Ungeh.

Fall 39. Klein, Marianne; 47 J. VI p.

Anamnese: Seit 1 Jahr Menopause; seit 4 Wochen wird Zunahme des Leibes bemerkt: seither bestehen Schmerzen im Kreuz, Spannung des Leibes, Druck gegen den Magen und ausserdem magert Patientin mehr und mehr ab.

Status: Bauch stark vorgewölbt; viel Ascites. Links seitlich ein fester Tumor, dessen Form wegen Ascites nicht nachweisbar. Der Tumor ist wenig beweglich.

Operation: Sehr viel gelblich gefärbte Flüssigkeit fliesst ab; es werden hierauf 2 knollige, bewegliche Tumoren festgestellt; der linke etwas grössere, sowie der kleinere rechte werden leicht abgebunden und entfernt. Auf dem Peritoneum des Douglas wenige hirsekorngrosse Knötchen, deren Deutung als malign oder nicht fraglich ist.

Tumoren: Fibrosarcoma ovariorum.

Verlauf: Wunde heilt per primam. Beschwerdefrei und ohne Ascites nach 3 Wochen entlassen. Patientin soll nach 2 Monaten an Nasenbluten gestorben sein.

Fall 40. Malter, Babette; 42 J. I p.

Anamnese: Seit längerer Zeit leidet Patientin an Stuhlbeschwerden; seit 4 Wochen wird Stärkerwerden des Leibes beachtet, seit 6 Wochen Appetitlosigkeit und Magenbeschwerden.

Status: Leib aufgetrieben; Fluktuation nachweisbar. Im Abdomen ein cystischer Tumor, der den ganzen Leib ausfüllt und vom kleinen Becken ausgeht.

Operation: Die Cyste wird angestochen und entleert etwa 3 Liter hellgrüngelber flockiger Flüssigkeit; jetzt wird der Tumor leicht entfernt.

Präparat: Es handelt sich um eine grosse Cyste, die zu $^2/_3$ solid ist. Mikroskopisch finden sich in den soliden Partien carcinomatös degenerierte Stellen.

Verlauf: Wunde per primam geheilt; Patientin geheilt entlassen.

Fall 41. Tremel, Margarethe; 55 J. V p.

Anamnese: Seit 5 Monaten Schmerzen im Kreuz und beiderseits in der Leistengegend, sowie in den letzten Wochen im linken Bein.

Status: Vom linken Ovarium ausgehender Tumor, wahrscheinlich bösartigen Charakters, mit dem Rektum verwachsen. Konsistenz prall.

Operation: Der Tumor zeigt an einer Stelle eine 5 Pfg.-Stückgrosse warzige Erhabenheit; er ist nach rückwärts mit den Darmschlingen verwachsen und geht vom l. Ovarium aus. Der Tumor wird entfernt.

Auf einzelnen Darmschlingen flache Auflagerungen; zwischen Blase und Uterus markige, leicht blutende Wucherungen, im cavum Douglasi Knoten, die einen bösartigen Eindruck machen.

Das rechte Ovarium in eine in allseitige Verwachsungen umgebene, enteneigrosse, derbe Geschwulst umgewandelt, auf deren Oberfläche ebenfalls warzige, flache Wucherungen. Daher ohne weiteren Eingriff Schluss der Bauchwunde.

Tumor: Carcinoma ovariorum.

Verlauf: Bauchwunde p. p. geheilt. Hinter dem Uterus, besonders links, knollige, unverschiebliche, harte Geschwulstmassen; Ascites ist ebenfalls nachzuweisen. Ungeheilt entlassen.

1902. In diesem Jahr kamen 35 Fälle von Ovarialtumoren in klinische Behandlung und unter diesen 6 maligne, von welch letzteren sich 4 als inoperabel erwiesen.

	Pressel, Elis.; 38 J.	Carc. ov. dupl.	Probelap.	Ungeh.
	Roth, Marie; 43 J.	Carc. ov. dupl.	Probelap.	Ungeh.
	Preller, Marg.; 43 J.	Carc. ov.	Probelap.	Ungeh.
	Gropp, Anna; 42 J.	Carc. ov. dupl. inoper.	Punktion	Ungeh.
42.	Bertold, Marg.; 23 J.	Sarcoma ov. dextr.	Ovariotomie	Geheilt.
43.	Offenbacher, Jettchen; 43 J.	Fibros. ov. dupl.	Ovariotomie	Geheilt.

Fall 42. Bertold, Marg.; 23 J. 0 p.

Anamnese: Seit 5—6 Monaten Schmerzen im Leib, die bei Bettruhe nachlassen; seit 8 Monaten wird Stärkerwerden des Leibes bemerkt; der Leib fühlt sich härter an und spannt.

Status: Leib gleichmässig ausgedehnt, entsprechend dem 8. Monat der Gravidität. Kein Ascites. Links von der Mittellinie ein harter Tumor mit kleinknolliger Oberfläche; auch rechts fühlt man einen bis zur Beckenwand reichenden Tumor; die Tumoren hängen mit einander zusammen. (Narcose.)

Operation: Blasser, kleinknolliger Tumor, der die Konsistenz von weichem Gummi hat. Der Tumor lässt sich leicht entwickeln und entfernen, worauf sich wenig Ascites entleert.

Linkes Ovarium gesund; keine Metastase sichtbar.

Präparat: Mannskopfgrosser Tumor, auf dem Durchschnitt markig. Mikroskopisch: Rundzellensarcom. Pathologisch-anatomische Diagnose: Endotheliom des Ovariums.

Verlauf: Geheilt entlassen. Befund nach 5 Monaten: Linkes Ovarium deutlich palpabel, gesund. Nirgends Infiltration.

Fall 43. Offenbacher, Jettchen; 43 J.

Anamnese: fehlt.

Status: Leicht dyspnoische Frau. Leib sehr stark halbkugelig vorgetrieben; Bauchdecken und Oberschenkel leicht,

Unterschenkel stark ödematös. Deutlich grosswellige Fluktuation; rechts ein ballotierender solider Tumor über Doppelkindskopfgrösse mit knolliger Oberfläche.

Keine Metastasen nachweisbar, auch per vaginam nicht.

Operation: Im Strahl entleert sich aus dem eröffneten Abdomen Ascites. Der rechtsseitige vielknollige und ebenso der etwas derbere linke Tumor werden leicht entwickelt und entfernt. Im Peritoneum nirgends Geschwulstauflagerungen.

Tumor: Äussere Fläche des grossen Tumors gelappt und knollig.

Mikroskopisch: Fibrosarcom.

Verlauf: Keine Störung; Patientin wird geheilt entlassen.

Lebenslauf.

Am 30. Juli 1878 wurde ich als Sohn des praktischen Arztes Dr. Carl Krebser in Kirchberg a/Jagst geboren, wo ich von Frühjahr 1884 bis Frühjahr 1891 die Lateinschule und daran anschliessend bis Frühjahr 1894 das Gymnasium zu Schwäb. Hall besuchte. Nach Übersiedlung meiner Eltern nach Stuttgart war ich von Ostern 1894 im Karlsgymnasium in Stuttgart, das ich im Sommer 1896 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Nach Absolvierung meiner halbjährigen Dienstzeit in Stuttgart, bezog ich im Sommer 1897 die Universität Erlangen, studierte im S.-S. 1899 und W.-S. 1899/1900 in Tübingen, und vom S.-S. 1900 an wieder in Erlangen. Am 14. November 1902 begann ich das medizinische Staatsexamen und erlangte 2. März 1903 die Approbation als Arzt.

Hermann Krebser.